

тяжелых, ослабленных больных пожилого и старческого возраста, у больных с выраженной анемией. Воздействие на источник кровотечения через эндоскоп позволяет подготовить больного в случае необходимости к радикальной операции, а в ряде случаев—вообще обойтись без операции. 24 больных впоследствии оперированы при остановленном кровотечении и только 3—на высоте кровотечения.

У 60 больных применялся гелий-неоновый лазер для лечения язвенной болезни через эндоскоп. Процедуры проводились через 1--2 дня общим количеством 10—12 раз. Время экспозиции—2—5 минут. Особенно выражено противовоспалительное действие облучения, начиная с 4—5 сеансов. Кроме противовоспалительного действия следует отметить и обезболивающий эффект, а также ускорение рубцевания язвенных дефектов, что позволило сократить койко-день в среднем на 9 суток.

Таким образом, применение лазерного излучения в комплексном лечении больных с гнойными заболеваниями мягких тканей и костей, в профилактике нагноений ран, в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта и его сочетание с другими методами является эффективным, надежным и перспективным, позволяет целенаправленно воздействовать на процессы заживления ран и раневую инфекцию, регенерацию тканей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов В. М., Данилов К. Ю., Воскресенский П. К. и др. Применение СО<sub>2</sub>-лазера в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными

заболеваниями мягких тканей//Раны и раневая инфекция: Тез. докл. II Всесоюзной конференции. М. 1986. С. 23—24.

2. Гостищев В. К., Шехтер А. Б., Вертьянов В. А. и др. Применение гелий-кадмиевого лазера при лечении гнойных ран//Хирургия. 1985. N 11. С. 97—101

3. Гостищев В. К., Оганесян С. С., Тарвердян Н. А. Влияние низкочастотного ультразвука на пектистридальную анаэробную микрофлору//Вестн хирургии. 1987. N 4. С. 38—42.

4. Доценко А. П., Хорос В. А. Применение СО<sub>2</sub>-лазера в хирургическом лечении гнойных ран мягких тканей//Хирургия. 1989. N 6. С. 54—58.

5. Светухин А. М., Карлов В. А., Амирасланов Ю. А. и др. Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных хирургических заболеваний//Хирургия. 1990. N 12. С. 79—84.

6. Стручков В. И., Гостищев В. К., Стручков Ю. В. Хирургическая инфекция, руководство. М.: Медицина, 1991.

Поступила 06.08.95 г.

#### USING OF LASERS IN SURGERY

Y. V. Struchkov, V. A. Vertianov, S. G. Danilenko

The results of health studies have been represented in this work. More than 3500 patients with different health pathologies have been treated by laser photocoagulation through endoscope, contact coagulation, Javan's laser, and other laser installations such as "SKAL-PEL-1", OKG-12-1, LPM-2, LGI-21, etc.

Different lasers have been used in 1560 patients with pus inflammations. 700 patients have been treated (pu wounds) by lasers. As a preventive measure against possible inflammations, laser has been used in 666 patients having been successfully operated on. Infra-red contact coagulation has been applied in 500 haemorrhoidal patients.

Laser photocoagulation has been used in 40 patients due to blood flow. 130 patients have been subjected to blood irradiation by helium-cadmium laser.

Recommendations have been developed on the use of laser in a combination with other methods. Efficiency, reliability, good prospects have been shown in treating pus tissue and bone pathologies with lasers as well as intestinal pathologies.

Канд. мед. наук А. В. ФОМИН, проф. М. Г. САЧЕК, доц. Э. С. ПИТКЕВИЧ

#### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Витебский медицинский институт, Республика Беларусь

Приведены результаты обследования 78 больных, оперированных по экстренным показаниям по поводу острого аппендицита. По клиническим дан-

ными и данным психологического обследования основная часть больных на протяжении всего периода лечения пребывает в состоянии психологическо-

го дискомфорта: от заострения личностных особенностей до состояния эмоционального стресса. Показано, что тяжесть состояния больного, скорость восстановительных процессов в определенной степени связаны с функцией ЦНС как одного из механизмов гомеостаза и гомеокинеза. Применение в послеоперационном периоде бемитила способствовало оптимизации психологического статуса и благоприятному течению послеоперационного периода.

Патологический процесс и оперативное вмешательство являются мощными стимулами эмоциональных реакций. Психотравмирующие факторы, накладываясь на опеределенную конституционально-соматическую почву, способствуют формированию невротической дезадаптации и напряжению вегетативно-гуморальных систем регуляции, что является одной из важных причин в патогенезе ряда осложнений. При эмоциональном стрессе определяется целый комплекс соматовегетативных нарушений [3, 6]. К последним относятся нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, обострение и усугубление имевшихся ранее хронических заболеваний, проявление скрыто протекавших нарушений системы жизнеобеспечения [2, 6].

Исследованиями последних лет в эксперименте и клинике обосновано значение новой группы препаратов, названных актопротекторами, в повышении адаптивных возможностей организма. Бемитил (2-этилтиобензимидазол)—один из наиболее типичных и фармакологически активных препаратов группы актопротекторов. Известно его положительное влияние на метаболизм в условиях гипоксии и дефицита АТФ. Бемитил положительно влияет на энергетический обмен, что выражается в угнетении свободного окисления и экономии таким путем резерва кислорода [4]. Применение бемитила в психиатрической практике обеспечивало мягкое психостимулирующее и антиастеническое действие [1].

#### Материалы и методы

Обследовано и оперировано 79 больных в возрасте 19—37 лет по поводу острого аппендицита. Объем опера-

ции—аппендэктомия. У 17 женщин (исследуемая группа) для лечения после операции применен бемитил (2-этилтиобензимидазол) per os в дозе 1,0 граммов в сутки в течение 3—4 дней. По поводу флегмонозного аппендицита оперировано 10 больных, по поводу катарального —7 больных. У одной больной основное заболевание было осложнено местным перитонитом. Из 59 больных контрольной группы 15 выполнена аппендэктомия по поводу острого катарального аппендицита, 42—по поводу флегмонозного аппендицита, 2—по поводу гангренозного аппендицита. Местный перитонит был у 3 больных.

Контроль за состоянием больных в послеоперационном периоде проводили общеклиническими методами. В динамике проводилась субъективная оценка эмоционального состояния. Психологический статус до операции, на первые сутки после операции и накануне выписки оценивали по данным Миннесотского многофакторного личностного опросника (MMPI) с интерпретацией полученных результатов по основным шкалам и лонгитюдного применения 8-цветового теста Люшера [5].

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью критерия Стьюдента.

#### Результаты и о б с у ж д е н и е

У лиц, поступивших для оперативно-го лечения, констатировали эмоциональное напряжение различной степени. По данным теста Люшера тревога накануне операции отмечена у 80% больных, у 40% из них тревога имела выраженный характер (более 4 баллов).

Вместе с тем, у 55% пациентов это состояние компенсировалось основными цветами, что следует рассматривать как благоприятную в прогностическом плане ситуацию. Рабочая группа цветов—зеленый, красный, желтый в начале ряда—у 33% больных свидетельствовала о хороших резервах психологической адаптации.

Данные по основным шкалам ММРП после аппендэктомии

ШКАЛЫ	МУЖЧИНЫ			ЖЕНЩИНЫ		
	1 сутки	5 суток	контроль	1 сутки	5 суток	контроль
L	53,3±2,3	55,2±2,4	50,6±0,1	49,7±1,9	50±1,8	50,6±0,2
F	55,9±2,4	55,8±2,2	49,5±0,3	57,9±1,5	56,4±1,9	49,5±0,3
K	52,5±1,9	57,6±2,4	49,2±0,2	52,9±1,7	52,9±2,1	49,2±0,3
1(Hs)	58,5±3,2	56±2,7	49,3±0,2	58,6±2,2	54,2±1,6	50,8±0,3
2(D)	62,7±2,1	63,2±2,4	49,8±0,2	63,3±1,3	62,1±1,5	48,8±0,3
3(Hy)	55,6±2,3	54,5±2,7	49,9±0,2	55,7±1,8	52±1,5	49,7±0,3
4(Pd)	59,8±3,2	62±2,1	49,4±0,2	61,6±2,1	58,3±2,2	49,4±0,3
5(Mf)	59,1±1,8	55,8±1,6	49,9±0,2	59,4±1,9	60,8±2,0	49,6±0,3
6(Pa)	55,5±1,4	54,7±2,2	49,7±0,1	61,1±2,1	55,8±1,8	49,7±0,2
7(Pt)	54,4±2,3	56,6±2,6	50,1±0,2	59,7±1,1	57,4±1,8	50,1±0,4
8(Sc)	59,2±2,6	60,8±2,2	49,9±0,2	59,5±1,2	58,1±1,8	50,5±0,4
9(Md)	58,1±2,3	54,7±2,8	50±0,2	52,2±1,2	51,5±2,1	50±0,2
0(Si)	52,5±1,8	52,1±1,9	50±0,2	57,7±1,5	57,7±1,7	50±0,6

По характерологическим признакам выделены три типа реакции. При депрессивном типе больные подавлены, растеряны, нет уверенности в успехе лечения. При ипохондрическом типе—выраженное беспокойство за свое состояние, множество жалоб с детализацией и фиксацией на них внимания, несоответствие между количеством жалоб и изменениями состояния. При астеническом типе характерными чертами являлись общая слабость, раздражительность, слезливость.

Таким образом, состояние психологического дискомфорта присутствует у значительной части больных, поступивших в стационар с клиникой острого аппендицита. Чувство страха является далеко не единственным, а иногда и не ведущим компонентом в сложной психологической реакции пациента на предстоящую операцию.

Обобщенный профиль ММРП после операции, нивелируя индивидуальные особенности, позволил выявить общие закономерности.

В целостной оценке профиля на первые сутки наиболее значительные изменения у мужчин и женщин выявлены по шкале (2D)—депрессии, что проявлялось снижением настроения, неуверенностью. Вместе с тем, в группе оперированных женщин отмечены признаки относительно большей устойчивости к стрессу в силу меньшей чувствительности к влиянию среды, что проявлялось относительно более высокими по отношению к мужчинам показателями по шкале (6Pa)—паранойи. При обследовании накануне выписки более высокие показатели по шкале (2D) при относительно более низких показателях по шкале (9Md)—гипомании, свидетельствовали об устойчивости депрессивных тенденций с их клиническими проявлениями.

На первые сутки после операции 19 мужчин из 20 (95%) имели повышение профиля более 65 Т баллов по 1—7 шкалам. 11 из них (55%) имели повышение более 70 Т баллов. Эти данные указывают на различную степень напряже-

ния психологической регуляции: от заострения личностных особенностей до состояния психологической дезадаптации. На пятые сутки у 15 мужчин (75%) профиль был повышен более 65 Т баллов, у 11 (55%)—выше 70 Т баллов.

У женщин на первые сутки после операции повышение профиля свыше 65 Т баллов имели 86%, из них свыше 70 Т баллов было у 55%. На пятые сутки повышение профиля более 65 Т баллов было у 68%, из них свыше 70 Т баллов—у 36%.

На первые сутки повышение профиля по одной шкале было у 36% мужчин и 26% женщин. У остальных отмечено повышение по 2—8 шкалам. На 5 сутки 20% мужчин и 27% женщин имели повышение по одной шкале, у остальных отмечено состояние выраженной психической дезадаптации с повышением профиля по 2—6 шкалам.

В динамике наблюдения психологический профиль оперированных больных изменялся следующим образом. Конструктивная адаптация с нормализацией показателей психологического статуса по шкалам MMPJ достигнута накануне выписки у 21% больных. Смена способа адаптации произошла у 16% больных. Наиболее часто повышенная сенситивность (5 Mf) сменялась состоянием депрессии (2D). Инверсия адаптации с увеличением степени дезадаптации перед выпиской по отношению к первым суткам после операции была у 32% мужчин и у 21% женщин. Стабильная дезадаптация отмечена у 32% мужчин и 42% женщин.

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены у 7 больных (11,9%). В 2 случаях это были инфильтраты подкожной клетчатки, у 2 больных—нагноение операционной раны. У трех больных имело место обострение имевшихся ранее хронического бронхита и пиелонефрита. Нарастание степени тяжести процесса сопровождалось усугублением психоастенических черт, интровертизацией личности. Осложнения послеоперационного периода констатированы у лиц со сменой способа адап-

тации, инверсией адаптации и стабильной дезадаптацией.

На основании анализа клинической картины, данных психологического обследования установлено, что лица с напряжением в системе психологической регуляции составляют группу риска по развитию осложнений послеоперационного периода и формированию хронических заболеваний.

Таким образом, выраженная психологическая реакция в послеоперационном периоде отмечена у 95% мужчин и 86% женщин. Накануне выписки лишь у 21% больных достигнуто состояние конструктивной психологической адаптации. Следовательно, от момента поступления и до выписки основная часть больных пребывает в состоянии психологического дискомфорта: от заострения личностных особенностей до состояния эмоционального стресса. Большая часть больных после аппендэктомии продолжает нуждаться в реабилитационных мероприятиях после выписки из стационара на этапе амбулаторного лечения.

По характеру клинических проявлений больные, получавшие после операции бемитил, имели ряд особенностей. У них отсутствовали жалобы на кардиальные нарушения, слабость, плохой сон. Возрастала физическая активность, оптимистичность. Обращала на себя внимание активность жизненной позиции. На сутки раньше по отношению к больным с традиционным ведением нормализовалась температура тела. В послеоперационном периоде только у одной больной (5,8%) отмечено осложнение (серома в нижнем углу раны), что, однако, не потребовало продления сроков лечения. Течение заболевания у больных с сопутствующими мочекаменной и гипертонической болезнью было без особенностей.

По данным теста Люшера интенсивность тревоги в результате применения бемитила снизилась у 63% больных против 37% у лиц с традиционным лечением. Нарастание степени тревоги у

лиц, получавших бемитил, отмечено лишь в 12% случаев, причем выраженной тревогой (более 4 баллов) мы не наблюдали. При традиционном ведении послеоперационного периода нарастание степени тревоги констатировано у 40% оперированных. Фактор работоспособности у лиц, получавших бемитил, был на 21,3% выше, чем у больных с традиционным лечением.

На первой позиции цветового выбора у лиц, получавших бемитил, в 55% случаев отмечен зеленый цвет, в 22% был красный цвет, что отражало трезвость суждений, рационализм, целенаправленность, активное сопротивление воздействиям внешней среды. Вместе с тем у 44% больных имела склонность к недоверчивости и обидчивости.

Характер эмоционального реагирования на стресс в определенной степени индивидуален, вместе с тем установлены некоторые общие закономерности. В первые сутки у 42% мужчин и 37% женщин было повышение профиля по шкале ипохондрии (1Hs), что следует рассматривать как повышенную осторожность, ограничение нормальных человеческих побуждений, ипохондрическую сосредоточенность на своем состоянии. К 5 суткам повышение по первой шкале имели лишь 20% мужчин и 7% женщин. В результате применения бемитила число больных по шкале (1Hs) также снижалось до 11%. Как у мужчин, так и у женщин к 5 суткам отмечено повышение по шкале (2D), что выявляло склонность к волнениям, сниженному настроению, пониженную оценку своих возможностей и перспектив в осуществлении задуманных планов, склонность к фиксации внимания на неудачах и разочарованиях вплоть до выраженной депрессии. У мужчин число лиц с подъемом по шкале (2D) с первых до пятых суток возросло с 47% до 67%, у женщин — с 63% до 73%. В результате применения бемитила число лиц с повышением по шкале (2D) составляло 11%, что в 4,5 раза меньше по отношению к больным с традиционным лечением.

Следует подчеркнуть, что среди больных, получавших бемитил, после операции отмечено увеличение в 2—4,2 раза числа лиц с повышением по шкалам 4Pd, 6Pa, 8Sc до 75 Т баллов, характеризующим стеничное, целенаправленное поведение. На 58% против 47% увеличивалось число женщин с повышением более 65 Т баллов по шкале (5Mf) женственности, что отражало акцентуацию таких черт, как независимость и решительность. Число лиц с высоким уровнем оптимизма (9Md) возрастало до 78%, что в 8,5 раза больше по сравнению с больными, получавшими традиционное лечение.

Конструктивная адаптация среди лиц, получавших после операций бемитил, была достигнута в 22% случаев. Еще у 44% больных произошла смена способа адаптации и формирование гипертимного типа реагирования с оптимистичным настроением, постоянной активностью, высоким жизненным тонусом и энергией, что следует рассматривать как компенсаторную реакцию на внешние средовые воздействия в послеоперационном периоде.

Таким образом, применение бемитила в послеоперационном периоде способствовало оптимизации психологических проявлений и конструктивному реагированию в послеоперационном периоде, что проявлялось снижением тревожно-ипохондрических тенденций и оптимизацией результатов лечения.

Среди многих других факторов успеха лечения больных острым аппендицитом определяет их психоэмоциональное состояние. Реакция организма на болезнь, оперативное вмешательство, скорость восстановительных процессов и реабилитации в определенной степени связаны с функцией центральной нервной системы как одного из основных механизмов регуляции гомеостаза. Коррекция этого состояния на этапах лечения и реабилитации является важной и актуальной проблемой.

Поступила 30.06.95 г.

# PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THERAPY OF THE PATIENTS OPERATED FOR ACUTE APPENDICITIS

Fomin A. V., Sachek M. G., Pitkevich E. S.

The results of examination of 76 patients operated urgently for acute appendicitis are given. According to the clinical data and the data of psychological examination the majority of patients are in the state of psychological discomfort from aggravation of personal features to the state of emotional stress during the whole period of therapy. It has been shown that the severity of the patient's condition, speed of recovery processes are connected inacertainway with the CNS as one of the mechanisms of homeostasis and homeokynesis. Prescription of bemytil during postoperation period helped optimization of psychological status and produced favourable effect in postoperation treatment.

1. Александровский Ю. А., Бобков Ю. Г., Незнамов Г. Г. и др. Применение нового психотропного препарата бемитила при лечении астенических нарушений (клинико-фармакологическое исследование)//Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1988. Т. 88. N 3. С. 109--115.
2. Максимовский Ю. М., Рожнов В. Е., Райнов Н. А. и др. Экспресс-диагностика психологического статуса больного в клинике терапевтической стоматологии// Стоматология. 1988. Т. 67. N 1. С. 24--26.
3. Маньков Ю. У. Экспериментальная оценка адаптивных реакций человека в предоперационном периоде //Физиология человека. 1989. Т. 15. N 3. С. 151--157.
4. Плотников М. Б., Саратиков А. С., Плотникова Т. М. и др. Антигипоксические и антиокислительные свойства бемитила// Бюлл. эксперим. биологии и медицины. 1989. Т. 107. N 5. С. 583--585.
5. Собчик Л. Н. Методы психологической диагностики: Методическое руководство. М., 1990. 57 с.

Проф. А. Г. МИРОШНИЧЕНКО, Ф. В. БАЛЛЮЗЕК

## РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РАКОВОЭМБРИОНАЛЬНЫЙ АНТИГЕН

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

\*Изучали значение содержания раковоэмбрионального антигена (РЭА) у 40 больных раком поджелудочной железы. Подтверждена большая частота (до 90%) высоких концентраций антигена в крови у обследованных больных.

Выявлена зависимость между высокими концентрациями РЭА в крови более 40 нг/мл и распространенностью рака и неблагоприятным прогнозом.

Высказано предположение, что раковоэмбриональный антиген может быть использован как маркер рецидивирования после радикальных операций и для контроля других методов лечения рака поджелудочной железы.

Усиленные поиски достоверных методов ранней диагностики и адекватных методов лечения рака поджелудочной железы вызваны тем, что в последние годы численность таких больных возрастает за каждые 10 лет на 15% и составляет 3,6--4% от всех злокачественных новооб-

разований [4, 19, 27]. До настоящего времени рак данной локализации отличается плохим прогнозом: 5-летняя выживаемость составляет 5--6% [24]. Такие результаты являются следствием частых диагностических ошибок--41--56% [21] и невысокой операбельности--6,5--16,8% [3, 5].

Очень важно было бы иметь тест не только для диагностики, но и для эффективного контроля за результатами лечения в послеоперационном периоде. Известные надежды возлагаются на раковоэмбриональный антиген (РЭА).

Исследованиями В. Я. Рогальского [2], Р. Gold и S. O. Freedman [9] указанный выше антиген был обнаружен первоначально в опухолях толстой кишки, а вскоре после этого в кишечнике